

VII. ATTESTATION D'APTITUDE POUR LE(LA) CANDIDAT(E) AU PERMIS DE CONDUIRE DU GROUPE 1

Je soussigné(e), _____, médecin, déclare par la présente avoir examiné le(la) candidat(e) ci-après et l'avoir, conformément aux dispositions de l'annexe 6 de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, envoyé(e) chez le(s) spécialiste(s) concerné(s).

Sur la base de mes constatations et des avis reçus, le(la) candidat(e) mentionné(e) ci-après est déclaré(e) (*):

- inapte à la conduite des véhicules de la catégorie (*):
 AM A1 A2 A B B+E G
- apte à la conduite des véhicules de la catégorie (*):
 AM A1 A2 A B B+E G
sans adaptations, conditions ni restrictions
- apte à la conduite des véhicules de la catégorie (*):
 AM A1 A2 A B B+E G
sous les conditions ou restrictions suivantes (*):
- code 02: prothèse auditive/aide à la communication
 - code 61: limité aux trajets entre 1 heure après le lever et 1 heure avant le coucher du soleil
 - code 62: limité aux trajets dans un rayon de _____ km autour du domicile ou seulement dans une région (lieu) donnée
 - code 63: limité à la conduite sans passagers
 - code 64: limité à la conduite à une vitesse inférieure ou égale à _____ km/h
 - code 65: conduite uniquement autorisée accompagnée d'un titulaire d'un permis de conduire
 - code 66: limité à la conduite sans remorque
 - code 67: pas de conduite sur autoroutes
 - code 68: pas d'alcool

Sur la base des constatations médicales et conformément à l'annexe 6 précitée mis à ma disposition pendant une période de 6 ans (*):

- une validité illimitée
- une validité limitée jusqu'au:

Je déclare conserver dans le dossier du (de la) candidat(e) les avis médicaux mis à ma disposition pendant une période de 6 ans.

IDENTIFICATION DU (DE LA) CANDIDAT(E)

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

N° de registre national (facultatif)

Adresse:

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom:

Adresse

Cachet

Date:

Signature

(*) Cocher la ou les rubrique(s) qui sont d'application